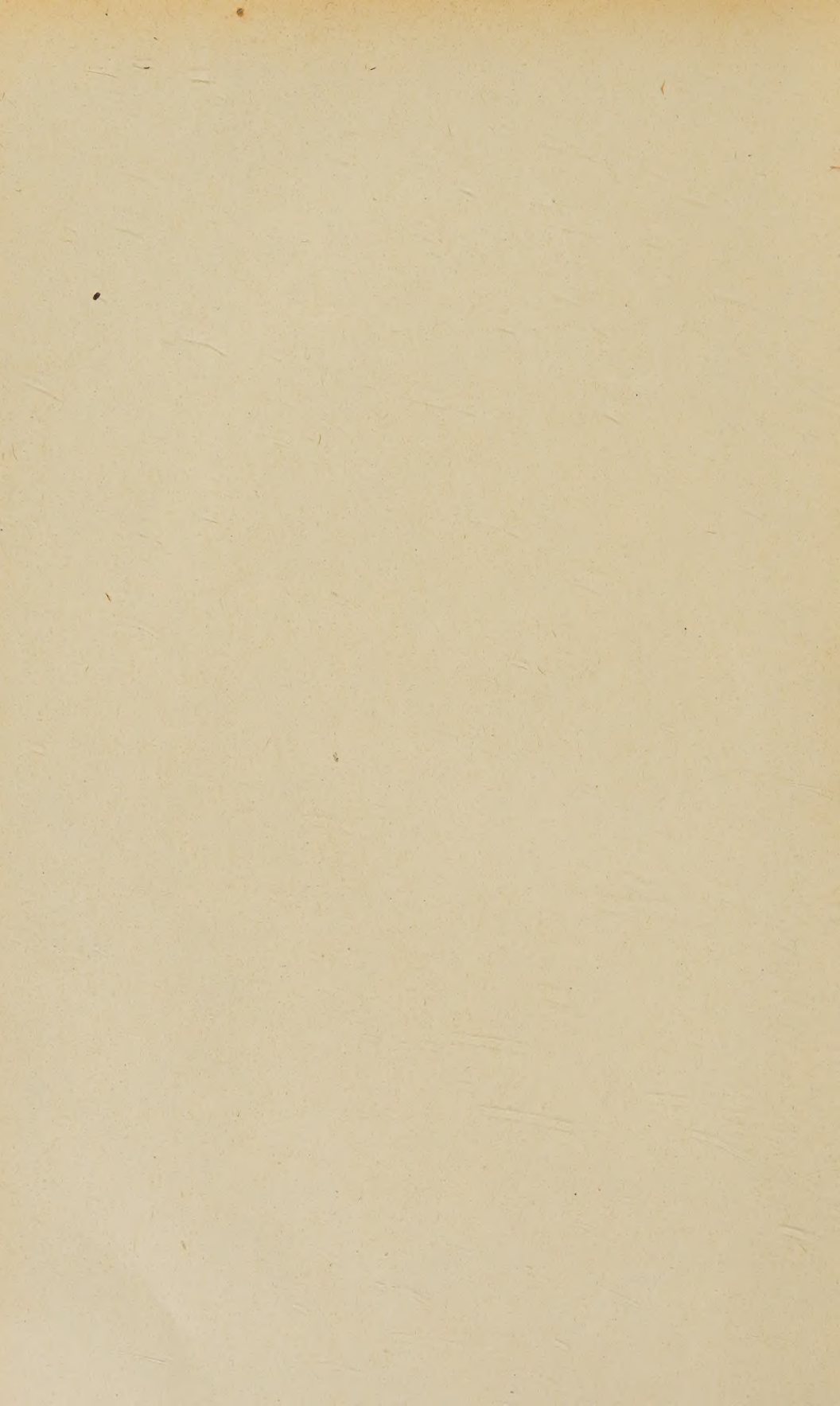


Colomer.

1908.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DE LA VÉSICULE BILIAIRE



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

N<sup>o</sup> 89

# CANCER PRIMITIF

DE LA

## VÉSICULE BILIAIRE

---

### THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

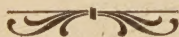
Le 25 Juillet 1908

PAR

**Émile COLOMER**

Né à Tuchan (Aude), le 10 octobre 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1908

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (\*)..... DOYEN.  
SARDA..... ASSESSEUR.

## Professeurs

|                                                    |                   |
|----------------------------------------------------|-------------------|
| Clinique médicale.....                             | MM. GRASSET (*).  |
| Clinique chirurgicale.....                         | TEDENAT (*).      |
| Thérapeutique et matière médicale.....             | HAMELIN (*).      |
| Clinique médicale.....                             | CARRIEU.          |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.....   | MAIRET (*).       |
| Physique médicale.....                             | IMBERT.           |
| Botanique et histoire naturelle médicales.....     | GRANEL.           |
| Clinique chirurgicale.....                         | FORGUE (*).       |
| Clinique ophtalmologique.....                      | TRUC (*).         |
| Chimie médicale.....                               | VILLE.            |
| Physiologie.....                                   | HEDON.            |
| Histologie.....                                    | VIALLETON.        |
| Pathologie interne.....                            | DUCAMP.           |
| Anatomie.....                                      | GILIS.            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... | ESTOR.            |
| Microbiologie.....                                 | RODET.            |
| Médecine légale et toxicologie.....                | SARDA.            |
| Clinique des maladies des enfants.....             | BAUMEL.           |
| Anatomie pathologique.....                         | BOSC.             |
| Hygiène.....                                       | BERTIN-SANS (H.). |
| Pathologie et thérapeutique générales.....         | RAUZIER.          |
| Clinique obstétricale.....                         | VALLOIS.          |

*Professeurs adjoints* : MM. DE ROUVILLE, PUECH.

*Doyen honoraire* : M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires* : MM. E. BERTIN-SANS (\*), GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire* : M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                              |                         |
|----------------------------------------------|-------------------------|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.. | MM. VEDEL, agrégé.      |
| Clinique annexe des maladies des vieillards. | VIRES, agrégé.          |
| Pathologie externe.....                      | LAPEYRE, agrégé libre.  |
| Clinique gynécologique.....                  | DE ROUVILLE, prof.-adj. |
| Accouchements.....                           | PUECH, prof.-adjoint.   |
| Clinique des maladies des voies urinaires.   | JEANBRAU, agrégé.       |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....       | MOURET, agrégé libre.   |
| Médecine opératoire.....                     | SOUBEYRAN, agrégé.      |

## Agrégés en exercice

|                 |                 |                |
|-----------------|-----------------|----------------|
| MM. GALAVIELLE. | MM. SOUBEYRAN.  | MM. LEENHARDT. |
| VIRES.          | GUERIN.         | GAUSSEL.       |
| VEDEL.          | GAGNIERE.       | RICHE.         |
| JEANBRAU.       | GRYNFELTT (Ed.) | CABANNES.      |
| POUJOL.         | LAGRÉFFOUL.     | DERRIEN.       |

M. IZARD, *secrétaire*.

## Examineurs de la thèse :

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| MM. FORGUE, <i>président</i> . | MM. VIRES, <i>agrégé</i> . |
| TRUC, <i>professeur</i> .      | JEANBRAU, <i>agrégé</i> .  |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON PÈRE

E. COLOMER.



## AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, et au moment de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis de présenter à nos Maîtres l'expression de toute notre reconnaissance pour les enseignements que nous avons reçus d'eux.

Tout d'abord nous remercions de tout cœur nos premiers Maîtres de la Faculté de médecine de Toulouse, qui pendant la majeure partie de nos études nous ont aidé de leurs conseils et de leur science. C'est à eux donc que nous sommes en grande partie redevable des modestes connaissances que nous possédons.

Nous conserverons toujours le meilleur souvenir de nos années d'externat passées dans les hôpitaux de Toulouse, et parmi nos Maîtres qui, la plupart, n'ont eu envers nous que des bontés, nous sommes heureux d'exprimer tout particulièrement notre gratitude à M. le professeur Mossé et à M. le professeur agrégé Bauby, qui nous ont toujours témoigné le plus vif intérêt.

Quoique bien court, notre séjour à la Faculté de médecine de Montpellier nous a permis cependant d'apprécier les doctes leçons des Maîtres de cette Ecole, dont nous essaierons de tirer le plus de profit.

M. le professeur Forgue, dont il nous a été donné d'admirer les belles leçons cliniques, nous a, tout récemment encore, témoigné qu'il s'intéressait à notre avenir médical. Il a bien

## VIII

voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Nous le prions de recevoir ici les sentiments de notre respectueuse reconnaissance.

Nous avons suivi avec un bien grand intérêt le service d'ophtalmologie de M. le professeur Truc, qui nous fait l'honneur d'être aujourd'hui un de nos juges. Nous nous permettons de lui rappeler les services qu'il a rendus à un membre de notre famille qui nous est cher. Qu'il reçoive toute notre reconnaissance.

Nous offrons aussi notre gratitude à M. le professeur agrégé Vires pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant le temps trop court où il nous a été donné d'avoir recours à ses dévoués services.

Nous nous en voudrions de ne pas remercier également M. le professeur agrégé Jeanbrau des connaissances que nous avons retirées de ses leçons si instructives et si intéressantes à la fois.

Tous nos remerciements vont aussi à M. le docteur Massabau, chef de clinique chirurgicale, qui ne nous a pas ménagé ses utiles conseils pour la composition de ce travail.

Avec quelle joie adressons-nous aujourd'hui à M. le docteur Guibal l'expression de toute notre gratitude et de notre plus entier dévouement ! S'il est des dettes de reconnaissance qui se paient bien difficilement, celle que nous avons contractée envers lui est de celles-là. Comment ne pas nous souvenir toujours avec émotion du dévouement dont il nous a entouré tout enfant ! Que de fois il vint nous apporter avec ses soins éclairés les paroles qui réconfortaient le cœur d'un malade ! Nous l'avons retrouvé, cette année, au cours de laquelle nous avons eu bien souvent recours à son inlassable bonté. A celui qui fut d'abord pour nous un vrai père, pour devenir plus tard un véritable ami, nous adressons aujourd'hui de tout notre cœur l'hommage public de notre inaltérable reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
CANCER PRIMITIF  
DE LA VÉSICULE BILIAIRE

---

INTRODUCTION

Un cas de cancer primitif de la vésicule biliaire a été observé dans le courant de cette année par M. le professeur Forgue, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Une intervention pour extirpation de la tumeur néoplasique devait être tentée; mais l'étendue et la généralisation des lésions, la cachexie du malade qui n'aurait pas supporté un choc opératoire si considérable, n'ont pas permis de réaliser cette intervention. Une laparotomie exploratrice fut seule possible; c'est elle qui a permis de se rendre compte des lésions que présentait la vésicule cancéreuse du malade. L'observation en fut décrite par M. le docteur Massabuau, chef de clinique de M. le professeur Forgue, dans le *Montpellier médical*. Nous la reproduisons textuellement. Mais il est regrettable qu'il

ne nous ait pas été possible d'avoir des nouvelles du malade depuis son départ de l'hôpital; il eût été intéressant de connaître les suites de cette néoplasie vésiculaire.

## OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale)

(Publiée dans le *Montpellier Médical*)

G. G..., âgé de 55 ans, entre le 31 janvier 1908, dans le service de M. le professeur Forgue.

Nous notons dans ses antécédents personnels l'existence d'une fluxion de poitrine à l'âge de 25 ans, depuis laquelle le malade n'a cessé de tousser et de cracher tous les hivers, il a même eu quelques hémoptysies.

Au mois d'octobre 1907, alors qu'il était en bonne santé et qu'il exerçait le métier de cultivateur, il a été pris de douleurs dans l'hypochondre droit, dont l'intensité est allée en croissant rapidement.

Ces phénomènes se manifestaient sous forme d'un état douloureux continu, sur lequel se greffaient de véritables crises extrêmement pénibles. Ces crises survenaient trois, quatre fois par jour, quelquefois davantage, avec irradiations de douleurs dans tout l'abdomen mais surtout dans l'épigastre, dans la région lombaire et dans l'épaule droite.

Aucun vomissement, aucun trouble de miction.

Au bout de sept à huit jours de cet état douloureux, une tuméfaction est apparue, localisée au niveau de la partie haute du bord externe du grand droit. Le médecin appelé prescrit l'application de cataplasmes chauds laudanisés, et au bout de quelques jours, dit le malade, la tuméfaction apparente rétrocede progressivement en même temps que les phénomènes douloureux s'atténuent.

Au bout de vingt jours, le malade peut se lever, mais il ne peut reprendre son travail.

Les phénomènes douloureux ne disparaissent pas complètement ; de temps en temps ils présentent quelques crises nécessitant pendant plusieurs jours le repos complet.

La douleur constitue toute la symptomatologie de ce malade.

Il digère bien et n'a jamais vomi ; ses garde-robes sont assez régulières et il n'a jamais eu d'hémorragie intestinale, ni d'ictère.

Il n'a jamais eu d'hématurie, ni de sablose urinaire.

L'analyse de ses urines montre qu'elles sont normales comme urée et chlorures, qu'il n'y a pas d'albumine ni de sucre, mais qu'il existe un excès d'urobiline ; pas de pigments biliaires.

Au niveau du poumon, il présente de l'induration du sommet gauche et un peu de pleurite adhésive à la base droite.

Quand on l'examine, on constate que cet homme est considérablement amaigri ; on note une très légère teinte subictérique des conjonctives.

Le ventre est ballonné et tendu. La palpation dans la région de la vésicule révèle un point douloureux nettement marqué au niveau du bord externe du grand droit.

Les muscles, très tendus et contracturés, offrent à la main qui palpe une résistance invincible, et l'on ne peut arriver à percevoir nettement dans la profondeur les contours d'une tuméfaction.

A la percussion, le foie déborde légèrement le rebord des fausses côtes ; il y a de la sonorité dans toute l'étendue de la région douloureuse.

En raison de cet ensemble symptomatique et surtout de l'existence de ces phénomènes douloureux qui ne rétrocedent pas, on porte le diagnostic de « cholécystite calculuse », non sans avoir fait des réserves au sujet de la possibilité d'un néoplasme du foie ou de la vésicule biliaire.

La laparotomie est pratiquée par M. le professeur Forgue, le 2 mars 1908. A l'ouverture du ventre s'échappe une assez grande quantité d'ascite séreuse et citrine. L'épiploon, très volumineux mais libre, est écarté, et on peut voir une vésicule biliaire transformée en une masse du volume d'un œuf, à surface irrégulière et dont les parois sont épaisses et dures ; l'infiltration néoplasique indubitable semble plus marquée au niveau du fond et de la paroi

supérieure de la vésicule. Le parenchyme hépatique avoisinant est parsemé sur une assez grande étendue de nodosités saillantes de volume variable, de couleur blanchâtre, et qui dénotent la propagation au foie du cancer de la vésicule.

En raison de cette propagation diffuse du parenchyme hépatique et malgré l'absence d'adhérences intestinales ou gastriques, la masse néoplasique est inextirpable et le ventre est refermé après une simple laparotomie exploratrice.

Depuis l'exploration, les forces du malade vont en déclinant, du fait même de l'intoxication cancéreuse; il a présenté ces jours-ci une éruption purpurique généralisée non accompagnée d'hémorragies au niveau des muqueuses.

---

# I

## HISTORIQUE

Jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, la littérature médicale est pauvre en cas de cancer de la vésicule biliaire dont l'histoire est de date récente. Si nous devons en croire Delano Arnes, on n'en trouverait que quatre antérieurs à l'année 1800 ; les deux premiers auraient été observés par Stall en 1777 ; le troisième neuf ans plus tard en 1786 par Hally ; enfin Baillie en 1794 aurait rapporté le quatrième.

« Les tuniques avaient un quart de pouce d'épaisseur et étaient remplies de tubercules gros et durs ; le foie était affecté de la même maladie. » Telle est la description du cancer de la vésicule qu'a donnée Littré dans le Dictionnaire de médecine.

Dans l'Anatomie pathologique de Cruveilhier nous trouvons un cas de cancer de la vésicule ; mais cet auteur, sans s'appesantir longuement sur cette affection, constate seulement qu'on trouve souvent dans la vésicule des lésions de néoplasie.

Durand-Fardel en 1840 et Villard nous ont donné les

premiers travaux d'ensemble et nous montrent par quels symptômes rationnels et par quels phénomènes cliniques ils ont été amenés à porter le diagnostic de cancer de la vésicule biliaire.

Depuis lors il semble que l'étude de cette affection ait attiré l'attention des médecins et les observations deviennent de jour en jour plus nombreuses.

En 1847, Notta, rapportant un cas de cancer de la vésicule, essaie d'approfondir l'étude histologique des lésions et semble donner à la trame conjonctive sous-muqueuse de la vésicule une place prépondérante dans le développement du cancer.

A la même époque, Lacaze-Duthiers publie une observation de cancer encéphaloïde probable de la vésicule.

Corvisart, en 1848, en observe un nouveau cas, relaté par Broca à la Société anatomique.

En 1853, deux nouvelles observations, plus détaillées et plus approfondies, sont fournies par Icery et Mathieux.

Markham publie, en 1857, un travail très intéressant sur un cas de squirrhe de la vésicule qu'il a observé chez une jeune femme de 28 ans.

Quelques années plus tard, en 1863 et en 1865, Wagner et Cornil signalent chacun un cas de cancer colloïde.

Depuis cette époque, des auteurs, de plus en plus nombreux, ont apporté des observations intéressantes relatant des cas de cancer de la vésicule biliaire.

Parmi tous ces travaux, nous signalerons ceux de Friedrichs, de Barth et Besnier, la dissertation inaugurale de Kohn, les observations détaillées de Wagner, Klebs, Kraun, de Helehs, de Klob et Markham, et surtout le précieux mémoire de Zenker, dans lequel l'auteur, étudiant d'une façon spécialement approfondie la question ana-

tomo-pathologique, nous donne, sur le sujet qui nous occupe, de nouvelles connaissances intéressantes.

L'étiologie de cette affection est spécialement étudiée, en 1886, par Stiller, qui en rapporte cinq observations.

Lancereaux et Rendu élargissent, à cette époque, le cadre de la symptomatologie du cancer de la vésicule, dont ils donnent dans leurs cliniques des détails aussi nets et précis que le leur permet l'étendue des connaissances sur cette question.

Les idées de Lancereaux sont reprises, en 1891, par Morin qui, dans sa thèse inaugurale, vient ajouter des observations personnelles. Cet auteur, qui a surtout fait l'étude anatomique de la tumeur, démontre qu'il existe, en quelque sorte, deux espèces de cancer de la vésicule, suivant que la tumeur cancéreuse se développe aux dépens de l'épithélium de revêtement de la vésicule, ou qu'il résulte de la prolifération plus ou moins désordonnée des éléments glandulaires de cet organe.

Cette conception de Morin a permis dix ans plus tard à Bonamy, dans sa thèse inaugurale, de tracer un double tableau clinique de la maladie ; c'est d'abord le cancer à forme hépatique, puis le cancer à forme biliaire.

Depuis 1890, il semble que les chirurgiens se soient occupés plus spécialement de cette question, car les nombreux travaux qu'elle a suscités s'occupent tout particulièrement du traitement chirurgical dont les différents modes entrent dans la pratique courante.

En 1890, Courvoisier nous donne son important travail sur la chirurgie des voies biliaires, qui, entre autres observations, renferme 103 cas de cancer de la vésicule, dont certains ont connu l'intervention chirurgicale.

En 1894, Heddæus fournit le premier travail important qui ait paru sur la question au point de vue chirurgical.

Cet auteur discute soigneusement les indications opératoires, les divers traitements rationnels et en apprécie les résultats.

En 1897, le *Medical Chronicle* fait paraître les publications de Kelynock, où la pathogénie des tumeurs de la vésicule est étudiée de façon très complète ; la même année, Elliot, dans les *Transactions of the American surgical Association*, publie à propos du traitement chirurgical du foie quelques cas de cholécystectomie compliqués de résection hépatique.

Mayo Robson, au Congrès d'Edimbourg, en 1898, et Ullmann, la même année, reprenant cette intéressante question, ont cité des cas de cancer de la vésicule où l'ablation de l'organe néoplasique avait nécessité en même temps la résection de la glande hépatique.

En 1899, Petersen et Kehr rapportent de nouvelles observations dans lesquelles une intervention chirurgicale fut pratiquée.

En 1901, le professeur Terrier et Auvray, dans leur « Chirurgie du foie et des voies biliaires », consacrent un article spécialement intéressant et documenté aux tumeurs des voies biliaires, et plus spécialement au cancer de la vésicule. Ces auteurs font une étude anatomique très détaillée de la question et traitent longuement des divers modes de l'intervention dont ils règlent en même temps la technique.

En 1902, Moynihan (*Brit. Med.*) publie une observation de cancer de la vésicule, où il est intervenu par la résection de la vésicule et du cystique à sa jonction avec l'hépatique.

Johnson, en 1903 (*Ann. of Surgery*), extirpe toute une masse dans laquelle était englobée la vésicule biliaire probablement néoplasique.

Friedheim rapporte trois cas de cancer de la vésicule biliaire où il procéda à l'extirpation de l'organe cancéreux. Dans un de ces cas il cite une survie de 4 ans ; dans un autre le malade était en excellent état de santé trois ans après l'opération ; dans le troisième le malade vivait un an après, mais avec des métastases dans le foie.

Lyangren, en 1903 (*Nordesk. tidsk f. thev.*, en suédois), rapporte l'histoire d'une vieille lithiasique chez qui, consécutivement à des accidents de cholécystite, il enlève une vésicule avec gros noyau cancéreux.

Körte apporte une sérieuse documentation sur l'affection qui nous occupe et fournit 8 observations de cancer de la vésicule, pour le traitement desquels il a mis en œuvre différents modes d'intervention.

Garland Sherill (*Ann. of Surgery*, 1906) publie deux observations de cancer de la vésicule opérés par résection.

Michaux, en 1907, apporte à la tribune de la Société de chirurgie une tumeur du volume d'une tête d'adulte qu'il avait prise d'abord, en raison de sa consistance et de son siège, pour un kyste végétant de l'ovaire, et que l'examen histologique avait démontré être un épithélioma de la vésicule biliaire.

J.-L. Faure (1908) fait une résection du foie dans un cas de cancer de la vésicule, et avec Mauclaire il rapporte deux exemples de vésicule néoplasique, dans l'un desquels la tumeur est sessile, dans l'autre pédiculée.

Enfin, Quénu apporte la même année quatre nouvelles observations, et, reprenant celles de ses collègues, il s'occupe d'une façon très approfondie du traitement du cancer de la vésicule. Cet auteur a recherché si les observations postérieures à la statistique de 1901 de Terrier et Auvray étaient ou non confirmatives du mauvais pronostic

opératoire des tumeurs de la vésicule biliaire, et a donné une statistique nouvelle qui, « loin de nous décourager, nous permet au contraire d'user avec espérance et profit des tentatives de cure radicale des localisations épithéliales dans les voies biliaires accessoires. ».

## II

### ETIOLOGIE

Le cancer de la vésicule biliaire ne déroge pas aux règles générales qui régissent les épithéliomes. C'est dire qu'il se présente dans l'âge adulte et dans la vieillesse, bien qu'on puisse l'observer exceptionnellement chez des jeunes gens (26 ans, dans un cas de Frerichs). Bertrand, dans sa thèse, en rapporte 14 cas dont 12 se sont rencontrés chez des sujets ayant dépassé 55 ans.

Les tumeurs néoplasiques de la vésicule biliaire sont généralement primitives ; si, rarement, elles sont secondaires, elles résultent alors d'une métastase ou d'un envahissement par contiguité. Cette propagation métastatique est bien évidente chez un homme opéré trois fois par Cruveilhier pour un cancer des lèvres et dont la vésicule présentait à l'autopsie des noyaux de néoplasie. Très souvent il s'agit de la propagation d'un cancer du duodénum, du pancréas, à la vésicule contiguë, ou bien du pylore, ce qui a permis à Dessaignes, dans sa thèse de Lyon, de traiter la forme pseudo-pylorique du cancer de la vésicule.

Il semble bien établi, d'après les nombreuses observations signalées jusqu'à ce jour, que cette affection se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme. D'après Courvoisier, le cancer serait cinq fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; une statistique de Terrier et Auvray donne dix hommes pour quarante femmes, et, sur les quatorze cas cités dans la thèse de Bertrand, douze malades étaient des femmes.

L'égale prédisposition pour les deux sexes n'est guère admise que par von Schuppel.

Terrier et Auvray, Zenker, Courvoisier et d'autres auteurs ont voulu faire jouer à la lithiase biliaire un rôle prépondérant dans le développement de l'épithéliome de la vésicule. Il est certain, comme nous l'avons établi tout à l'heure, que la plus grande fréquence a été observée chez la femme. Dès lors ne pourrait-on pas voir une relation de cause à effet dans la préexistence de la lithiase au cancer, qui semblerait corroborée par ce fait qu'on rencontre un plus grand nombre de femmes lithiasiques que d'hommes porteurs de calculs dans leur vésicule ? On n'est pas cependant autorisé à considérer la lithiase biliaire comme l'appel indispensable d'un futur épithélioma ; nombreuses sont les observations où l'on n'a pas trouvé de trace d'une lithiase antérieure, et Michaux, dans sa communication à la Société de chirurgie, en février 1908, insiste sur ce fait qu'il n'a dans ses observations aucun phénomène de lithiase, pas d'antécédents lithiasiques, pas de coliques hépatiques ; il manque même la douleur et l'ictère, symptômes rationnels d'une lithiase coexistante.

Encore dans ce dernier cas, les auteurs se sont-ils demandé si le cancer est la cause du calcul, ou si au

contraire le calcul a précédé la tumeur néoplasique. Les avis ont été très partagés.

D'après Durand-Fardel, « le cancer est la cause de la production des calculs en apportant un obstacle à la circulation de la bile, obstacle qui facilite la précipitation des éléments insuffisamment renouvelés. »

Ripoll pense avec Förster, Lancereaux, Cornil et Ranvier, que le cancer apparaît avant toute trace de lithiasé qui résulterait alors de l'obstacle apporté par le néoplasme au cours de la bile et à l'infection consécutive.

Gilbert et Fournier, dans le *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, se rallient à cette opinion.

D'autres auteurs ont soutenu au contraire la préexistence de la lithiasé au cancer. En France, Courvoisier, Rendu, Terrier et Auvray se sont fait les défenseurs de cette théorie qui a été également soutenue à l'étranger par von Schupel, Klebs, Heitler et autres.

---

### III

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs primitives de la vésicule biliaire sont généralement des épithéliomes. On a décrit, il est vrai, quelques tumeurs bénignes de cet organe, mais ce sont là des faits isolés et exceptionnels. Wiedeman cite une tumeur kystique dont la nature resta indéterminée. Albert, Schuppel, Riedel rapportent des cas de fibrome et de myxome de la vésicule. Il n'en est pas moins vrai, toutefois, que les tumeurs observées primitivement sont des néoplasmes malins.

Et s'il s'agit d'épithéliome, comme cela s'observe dans la généralité des cas, les lésions varient suivant que l'on a affaire à un cancer de la vésicule à forme biliaire ou bien à un cancer à forme hépatique. Dans le premier cas, elles sont localisées à la vésicule qui a été seule envahie par le processus néoplasique ; et on se trouve en présence d'un épithéliome à cellules cylindriques dont le point de départ est l'épithélium de revêtement de la muqueuse. Dans le second cas, on pourrait croire qu'il s'agit réellement d'un cancer primitif du foie qui aurait

retenti sur la vésicule, l'étude microscopique révélant un épithéliome alvéolaire.

Mais le cancer peut être secondaire, dû à la propagation par contiguïté d'un cancer siégeant primitivement sur un organe voisin, foie, estomac, duodénum, côlon, pancréas ; il présente alors les caractères de la tumeur originelle.

Il est rare d'observer un épithéliome de la vésicule à ses débuts ; on voit alors un bourgeonnement de la muqueuse sur tous les points envahis par la néoplasie.

A un stade plus avancé, la vésicule est dans la majorité des cas augmentée notablement de volume et dilatée, soit par suite de l'épaississement de ses parois, soit à cause de la présence dans son intérieur de liquides et de calculs en plus ou moins grand nombre. Elle peut atteindre dans certains cas le volume du poing, d'un œuf d'autruche, suivant la comparaison des auteurs ; nous l'avons même vue de la grosseur d'une tête d'adulte dans l'observation rapportée par Michaux, qui avait pris cette tumeur néoplasique de la vésicule pour un kyste végétant de l'ovaire.

Tantôt l'organe hépatique est seul augmenté de volume, plus ou moins régulier, la vésicule ne paraissant que secondairement atteinte. Sa surface présente des bourgeons, tantôt petits, tantôt proéminents sous la forme d'un gros champignon ; ces bourgeons sont mous, tremblotants, et à la coupe ils laissent échapper un liquide gélatiniforme. C'est là la forme en chou-fleur de cancer encéphaloïde qui, plus que tout autre, a de la tendance à se généraliser très rapidement.

Dans d'autres circonstances, la lésion primitive de la vésicule biliaire est dominante ; c'est alors une tumeur non circonscrite, largement et solidement implantée ; c'est la forme squirrheuse de l'épithélioma que l'accrois-

sement notable de l'épaisseur des parois peut déjà laisser entrevoir. Les parois de la vésicule ont subi une infiltration totale ou seulement partielle, contrairement à ce qui se passe dans la forme hépatique du cancer de la vésicule.

Un tissu squirrheux indure et rétracte les parois de cette vésicule, qui présente tous les caractères de consistance et d'aspect de la forme squirrheuse du cancer.

Parfois aussi on retrouve un tissu colloïde dont les bourgeons envoient des prolongements dans le canal cystique. Ces bourgeons peuvent arriver à oblitérer complètement le col et permettre par leur pression l'irruption de la bile dans le duodénum.

Si l'on ouvre la vésicule, on la trouve remplie par un liquide plus ou moins louche dans lequel peuvent parfois nager des fragments de la masse néoplasique ; on peut même y trouver du pus dû sans doute à des infections biliaires d'origine intestinale.

Dans la grande majorité des cas, on se trouve en présence de calculs renfermés dans la vésicule cancéreuse. Ces calculs sont en nombre variable ; on en a trouvé tantôt un seul, tantôt deux, tantôt un nombre considérable (167 dans un cas de Prompt, 226 dans une observation de Kehr). Mais il est évident que le nombre de ces calculs est en raison inverse de leur volume qui se trouve de la grosseur d'une noisette, d'une noix, des dimensions d'un œuf, dans un cas de calcul unique. Quand ces calculs sont en petit nombre, leur forme est assez régulière, ovoïde ou sphérique ; dans le cas contraire, leur surface est rugueuse et présente des facettes causées sans doute par le frottement. La couleur de ces concrétions lithiasiques est essentiellement variable, tantôt verdâtre, noire, jaunâtre, blanche ou nacrée. Dans presque tous les cas où on a pu

établir leur constitution chimique, on a retrouvé de la cholestérine.

La bile contenue dans la vésicule est tantôt verdâtre ou jaunâtre, tantôt brunâtre (hémorragique), tantôt décolorée.

La tumeur cancéreuse née dans la vésicule se propage rapidement vers les organes voisins ; des adhérences s'établissent et l'envahissement de ces organes se fait de proche en proche. Le foie surtout est envahi par le processus néoplasique qui dans la forme biliaire présente une seule ou un nombre variable de tumeurs secondaires ; dans la forme hépatique du cancer, au contraire, les lésions présentées par le foie peuvent laisser croire à un cancer hépatique primitif. Cet organe est notablement augmenté de volume, présentant des nodules ou des masses marronnées de même nature que la tumeur primitive.

Dans la propagation à la glande hépatique, la masse néoplasique se rencontre souvent près du hile, vers le lobe carré.

Le côlon transverse, le péritoine pariétal sont avec le foie le plus souvent atteints, grâce à leurs connexions intimes avec la vésicule. Le duodénum, l'estomac, l'épiploon sont pris également assez souvent ; le pancréas l'est plus rarement. Le développement du processus néoplasique peut amener la perforation de ces organes avec fistules consécutives : fistules de la paroi abdominale, du côlon transverse, du duodénum, de l'estomac.

Les ganglions lymphatiques du voisinage sont toujours plus ou moins altérés ; ceux du foie sont plus ou moins dégénérés suivant la période de l'affection ; ceux de la région du hile sont également le siège de l'infection néoplasique ; il en est de même de ceux du pancréas. Le tissu conjonctif, qui a également subi une induration, relie

ces divers ganglions par une sorte de gangue infiltrée et dure.

Mais dans les cas où le malade se trouve à une période peu avancée de son affection, on ne rencontre pas cette sorte de masse ganglionnaire difforme détruisant tous les rapports de la région. On ne trouve que quelques ganglions plus ou moins indurés ; dans certains cas même il n'y a pas de trace apparente d'adénopathie que révèle seule une palpation attentive et minutieuse.

L'envahissement sur place n'est pas le seul mode de propagation du cancer de la vésicule biliaire ; les organes éloignés sont parfois envahis par les noyaux cancéreux métastatiques. On en rencontre dans le foie, le péritoine, l'estomac, le rectum, l'utérus. Cornil en a observé deux fois dans les poumons. Le cœur, les reins sont parfois légèrement atteints.

## IV.

### SYMPTOMES

Nous reconnaitrons avec la plupart des auteurs que la symptomatologie du cancer de la vésicule est très obscure, du moins à ses débuts : « Le plus souvent, dit Villard, et surtout au début, ces signes sont vagues, indéterminés pour ainsi dire, et plus tard, lorsqu'ils se sont développés, ils présentent un tel caractère de généralité, et sont parfois accompagnés de phénomènes si insolites qu'ils peuvent mettre en défaut l'expérience la plus consommée. »

Dans la forme hépatique, en particulier, la lésion primitive localisée sur la vésicule biliaire est passée inaperçue, et un certain nombre de cas cités comme cancers primitifs du foie doivent être rapportés à la forme hépatique du cancer de la vésicule.

Le début est généralement latent : tantôt le malade accuse dans l'abdomen une douleur plus ou moins forte, tantôt une pesanteur dans l'hypocondre droit. D'autres fois, avant que la moindre douleur dans la région de la vésicule se manifeste, le malade présente des troubles

dyspeptiques, une alternative de constipation et de diarrhée, qu'il met sur le compte d'un mauvais fonctionnement de son estomac.

C'est aussi un amaigrissement progressif et sans cause, la perte de l'appétit, qui dans un cas de Lacaze-Duthiers est pourtant resté bon jusqu'à la fin.

Dans d'autres cas, des crises douloureuses rappelant le syndrome de la colique hépatique semblent marquer le début de cette affection ; dans des observations citées par Markham elle semble avoir débuté par des vomissements sanglants et des troubles de la digestion. L'ictère n'existe pas toujours ; le foie est ou n'est pas douloureux.

En somme, le début du cancer de la vésicule biliaire se confond par la diversité de ses symptômes avec ceux d'une lésion purement hépatique à laquelle on a forcément tendance à rattacher les accidents observés.

L'incertitude de tous ces symptômes du début persiste malheureusement à une période avancée de cette affection ; s'ils deviennent plus nets, il n'en est pas moins vrai qu'ils ne présentent jamais rien de pathognomonique et qu'ils sont bien souvent communs avec les symptômes de la plupart des maladies des voies biliaires.

A la période d'état, le cancer de la vésicule revêt deux formes cliniques différentes.

Dans une première, il a les allures du carcinome primitif du foie, avec lequel on le confond souvent :

« Il n'existe ni ascite, ni ictère, au début du moins. Le foie est volumineux, plus ou moins régulier. Parfois on trouve une tuméfaction plus ou moins résistante dans la région de la vésicule, mais souvent aussi on ne constate qu'une hypertrophie totale du foie, sans dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Le malade succombe, présentant tous les signes d'une cachexie à marche pro-

gressive, ceux de l'insuffisance hépatique ou d'une péritonite suppurée (1). »

L'hypertrophie du foie est le symptôme qui attire l'attention du médecin ; l'organe est plus ou moins régulier et volumineux, débordant le rebord des fausses côtes. Chez un malade cité par Morin, il s'abaissait à cinq travers de doigt au-dessous.

Dans certains cas, on a pu, sur la surface du foie ainsi hypertrophié, déceler la présence d'une plaque ligneuse qui aurait répondu à la région occupée par la vésicule.

L'hypocondre droit est douloureux spontanément ; cette douleur a ceci de particulier, c'est que, d'une acuité plus ou moins grande, elle est toujours continue, sans jamais présenter de paroxysmes, du moins quand l'affection n'est pas encore très avancée. Les progrès de la maladie, au contraire, accentuent cette douleur, qui devient atroce, intolérable, ne présentant presque jamais des périodes d'accalmie complète ; dans l'intervalle des crises, en effet, le malade ressent toujours une douleur sourde et vague.

Rarement, dans cette forme hépatique du cancer de la vésicule, on observe des irradiations vers la pointe de l'omoplate et la région hypogastrique.

La palpation rend toute la région hépatique particulièrement sensible, sans présenter de localisation bien spéciale au niveau de la vésicule.

La cachexie, qui est généralement le mode de terminaison de la maladie, se manifeste, dans la plupart des cas,

---

(1) Le Lionnais. — Th. de doctorat, Paris, 1896. Considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit, formées par la vésicule biliaire.

par un teint pâle et terreux, un amaigrissement considérable. Parfois l'embonpoint persiste jusqu'à une période très avancée ; mais, quelques jours avant la terminaison, l'amaigrissement s'est manifesté avec une rapidité foudroyante.

En somme, tous les symptômes de cancer de la vésicule biliaire à forme hépatique se confondent avec ceux de l'insuffisance fonctionnelle du foie. Toutefois, leur coïncidence avec une tumeur appréciable de la vésicule et leur rapprochement avec les phénomènes du début de la maladie, peuvent aider au diagnostic de tumeur cancéreuse primitive de la vésicule.

Dans la forme biliaire du cancer de la vésicule, au contraire, quand le malade est arrivé à la période d'état de son affection, on rencontre un symptôme si fréquemment observé qu'il a permis de différencier les deux formes de vésicule cancéreuse.

Après les troubles dyspeptiques du début, en effet, l'ictère s'installe et domine la scène des accidents. Précédé parfois d'accidents de lithiasé, on peut croire à un ictère infectieux. Dans la plupart des cas, l'intensité de cet ictère est considérable ; toutes les parties du corps sont colorées en jaune ; les conjonctives et les muqueuses des lèvres ont aussi cette coloration qui, dans certains cas, est devenue verdâtre.

L'ictère ne rétrocede pas ; il gagne, au contraire, d'intensité d'une façon continue, ou par poussées coïncidant avec des crises particulièrement douloureuses.

Rarement l'ascite a été observée. D'après Rendu, elle résulterait d'une péritonite cancéreuse concomitante. Dans le cas qu'il a rapporté, Michaux cite comme particularité chirurgicale l'absence d'ascite et même d'ictère.

Un des caractères les plus importants de cette forme

biliaire du cancer de la vésicule est l'existence d'une tumeur décelée par la palpation.

Elle siège dans l'hypocondre droit, au niveau du bord inférieur du foie, et généralement au niveau du muscle droit antérieur, c'est-à-dire au point où siège normalement la vésicule. Mais elle peut s'étendre, occuper la région épigastrique, s'abaisser jusqu'à la crête iliaque. Elle peut même occuper tout l'abdomen et descendre jusque dans la fosse iliaque, comme dans l'observation de Michaux que nous rapportons.

La tumeur, limitée au début, rappelle la forme de la vésicule ; plus tard, sa masse devient irrégulière. Sa consistance est généralement ferme et dure, mais dans certains cas la palpation a décelé une sensation de fluctuation. Deux fois Courvoisier constata un changement de volume et de consistance, modifications dues à un état de réplétion plus ou moins complet de la vésicule.

Le volume de la tumeur est plus ou moins considérable ; il varie depuis celui d'un œuf jusqu'aux dimensions d'une tête de fœtus, suivant les comparaisons des anciens auteurs. Dans l'observation qui a fait l'objet de la communication de Michaux à la Société de chirurgie, la tumeur était du volume d'une tête d'adulte.

La douleur spontanée qui siège au niveau de cette tumeur est considérablement accrue par la palpation ; cette douleur atroce ne permet pas la mobilisation de la tumeur, qui permettrait de se rendre compte de ses connexions avec les organes voisins. Cette douleur a été attribuée à la distension de la vésicule, à l'inflammation de ses parois ou à la péritonite concomitante. Cette tumeur se mobilise avec le foie dans les mouvements respiratoires, à moins que des adhérences ne la fixent à la paroi abdominale.

L'examen physique révèle dans quelques cas l'existence de masses ganglionnaires dans des régions situées plus ou moins loin de celle où on pouvait s'attendre à les rencontrer. Chauffard en a trouvé au niveau du cou et au niveau de l'aîne. Bertrand, dans une de ses observations, signale une augmentation notable du volume de la rate.

Les troubles fonctionnels consistent en douleurs localisées à l'hypocondre droit, avec irradiations vers l'épigastre ou la pointe de l'omoplate. La douleur est tantôt sourde, lancinante, tantôt elle revêt la forme de crises très douloureuses avec exacerbation.

Markham a observé des cas dans lesquels ces douleurs redoublaient un quart d'heure après le repas, et Cornil les a vues plus insupportables que d'habitude pendant les efforts de la défécation.

Ces douleurs, généralement apparues dès le début de l'affection, ne manquent jamais après plusieurs mois de durée de la maladie ; si une intervention n'est pas pratiquée, rien ne peut calmer la souffrance du malade.

Mais toutes ces douleurs ne sont pas dues au cancer de la vésicule ; il faut dans leur pathogénie faire la part des péritonites partielles développées au niveau de la tumeur cancéreuse, ainsi que celle des ulcérations produites dans certains cas aux dépens des organes voisins.

Dans certains cas, la fièvre a été observée, résultant d'une infection des voies biliaires, quelquefois même due à une lithiasie établie antérieurement au cancer.

Il faut pratiquer fréquemment un examen attentif des selles. Dans certains cas, les matières sont décolorées, grisâtres, argileuses ; d'autres fois, à cause d'une constipation fréquente dans cette affection, les fèces sont

moulées en bouchon siégeant au milieu d'un liquide huileux.

Plus rarement on trouve du sang dans les selles.

Petit à petit les troubles s'accroissent, la cachexie cancéreuse s'installe ; le malade présente un teint jaune pâle, terreux ; l'amaigrissement, de jour en jour plus rapide, atteint des proportions considérables ; l'œdème envahit les membres inférieurs ; la perte des forces est totale et le malade meurt au milieu de tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

## V

### DIAGNOSTIC

Parmi les nombreux symptômes que nous venons de décrire, il n'en est aucun, comme nous l'avons déjà dit, qui soit réellement pathognomonique du cancer de la vésicule biliaire dont le diagnostic est dès lors difficile. A peine peut-on, dans certain cas, en découvrir quelqu'un qui puisse mettre sur la voie du diagnostic, encore n'est-ce qu'à une période avancée de la maladie. Or, dans cette affection comme dans toute néoplasie, la précocité du diagnostic est-elle de grande importance, puisque de l'extirpation précoce de la tumeur cancéreuse dépendent en grande partie le succès des suites de l'intervention et la survie du malade.

En présence d'une tumeur décelée par la palpation dans l'hypocondre droit, a-t-on affaire à une tumeur développée dans la vésicule biliaire, et dans ce cas quelle est la nature de cette tumeur? Voilà les deux questions auxquelles on doit répondre, le double problème qu'on est obligé de résoudre.

Très souvent il faut reconnaître que les symptômes indiqués pour poser un diagnostic de cancer de la vési-

cule sont plus théoriques que pratiques, et ce n'est qu'une incision exploratrice qui permet de conclure à une tumeur néoplasique de cet organe.

Ces réserves faites, la confusion est très facile avec les tumeurs développées aux dépens du foie, de l'intestin, de l'estomac, du pancréas ; celles du rein, du péritoine, de la paroi abdominale même, peuvent également faire errer le diagnostic.

La résistance élastique, l'absence de douleur, la large base qui le relie au foie, la lenteur avec laquelle il se développe sans altération notable de la santé, la douleur de l'épaule droite, les éruptions d'urticaire, la pleurésie droite fréquente, sont autant de symptômes qui font éliminer le diagnostic de kyste hydatique du foie qui présente un signe pathognomonique, s'il existe, et qu'il faudra toujours rechercher, le frémissement hydatique.

Quoique le diagnostic entre un kyste hydatique et une tumeur néoplasique de la vésicule soit généralement facile, il est des cas cependant où les variations de volume signalées dans quelques tumeurs de la vésicule, les troubles dyspeptiques, l'ictère dû à une oblitération kystique des voies biliaires, peuvent rendre le diagnostic hésitant.

La présence d'une douleur fixe dans la région du foie augmenté de volume ; la constatation de fièvre rémittente à exaspérations vespérales, plaident considérablement en faveur d'un abcès du foie dont le porteur a, d'une façon générale, présenté antérieurement des accidents d'hépatite consécutifs à une dysenterie survenue dans les pays chauds. On ne peut guère confondre l'abcès du foie que dans les cas où des accidents fébriles viennent compliquer une néoplasie vésiculaire.

Il est généralement difficile de confondre une tumeur de la vésicule avec un cancer du foie si celui-ci affecte la

forme clinique ordinaire. S'il est des cas cependant où le diagnostic différentiel reste encore imprécis, une palpation attentive permettra de lever tous les doutes. Une tumeur vésiculaire est généralement unique, dure, bosselée, dont la situation la plus fréquente dans l'hypocondre droit et à la partie moyenne du rebord costal peut la différencier assez nettement d'une masse avec bosselures multiples réparties sur une large surface qui représente le cancer du foie, dont l'aspect est rarement celui d'un noyau unique occupant exactement la place de la vésicule.

Quoi qu'il en soit, il est des cas où malgré une étude approfondie des symptômes et un examen des plus minutieux, un diagnostic entre un cancer du foie et de la vésicule est littéralement impossible ; dans ces cas, ce n'est qu'après la mort du malade qu'on a pu faire un diagnostic précis.

Peut-être pourrait-on prendre les lobes flottants du foie pour une tumeur néoplasique de la vésicule biliaire ; d'autant plus qu'ils occupent généralement la place exacte de la vésicule ; toutefois leur marche lente, leur surface lisse et régulière, la conservation d'un bon état de santé, permettent de penser qu'on se trouve en présence d'un lobe flottant.

Les tumeurs cancéreuses du pylore sont d'un diagnostic généralement très difficile, d'autant plus qu'on a pu décrire, comme le fait Dessaignes dans sa thèse, une forme pseudo-pylorique du cancer de la vésicule biliaire.

Dans un cas où la dilatation et le clapotement de l'estomac ne permettaient pas de limiter très nettement la tumeur, Czerny porta le diagnostic de cancer du pylore chez un malade atteint de néoplasie vésiculaire.

Hartmann a voulu régler une technique pour aider au diagnostic différentiel de ces deux affections. Elle est basée

sur l'ascension de la tumeur sous les fausses côtes produite par la dilatation de l'estomac après absorption d'un mélange effervescent, si le pylore est le siège de cette tumeur. Mais, pour que ce moyen de diagnostic soit réellement efficace, il faut que le pylore soit parfaitement mobile, libre de toute adhérence, ce qui n'est pas toujours le cas.

Le cancer du gros intestin, surtout lorsqu'il siège à l'union du côlon ascendant et du côlon transverse, est difficile à diagnostiquer. Souvent, en effet, la vésicule cancéreuse peut se propager vers le côlon et déterminer des troubles analogues à ceux du cancer de l'intestin. Mais dans le cancer du pylore le retentissement sur l'intestin est beaucoup plus marqué ; on observe des accidents d'obstruction à une période où une tumeur de la vésicule ne serait pas encore assez développée pour en être la cause efficiente ; on note aussi comme symptômes favorables à un cancer pylorique la présence d'une plus ou moins grande quantité de sang dans les selles, ainsi que des altérations très marquées de constipation et de diarrhée. En somme, la précocité des symptômes plaide ici en faveur d'un néoplasme du pylore.

Il est des cas compliqués où l'existence d'un rein flottant pourrait faire croire à un cancer de la vésicule, surtout si le rein ectopique produit des accidents d'ictère par compression des voies biliaires ; d'autres fois, les connexions intimes de la tumeur vésiculaire avec le foie peuvent faire défaut, ou encore un rein flottant peut, par suite d'adhérences, présenter dans certains cas les mêmes rapports qu'une vésicule. Toutefois, en se basant sur le siège différent de la tumeur rénale et de la tumeur cholécystique, sur les renseignements fournis par l'inspection, la palpation, la percussion de la tumeur, sur la douleur

spéciale du rein flottant, on peut, comme le fait observer Tillaux, arriver à un diagnostic précis.

Leur situation au niveau du flanc droit et non dans l'hypocondre, la présence des troubles fonctionnels spéciaux, permettent de ne pas confondre le cancer de la vésicule avec une tumeur du rein.

Les accidents rapides et aigus, contrastant singulièrement avec l'évolution chronique d'une tumeur néoplasique de la vésicule, permettent d'éliminer facilement la présence de foyers de péritonite enkystée sous-hépatique; il est des cas cependant d'autant plus difficile à diagnostiquer qu'ils sont plus rares, où des tumeurs du péritoine peuvent faire errer le diagnostic, témoin le cas signalé par Routier à la Société de chirurgie en 1893, où, dans une laparotomie faite pour une tumeur probable de la vésicule, il s'était trouvé en présence d'un lipome descendant de la faux du péritoine.

Leur présence dans la région ombilicale fait penser à des tumeurs du mésentère qui entre autres signes distinctifs ne suivent pas les mouvements du foie dans l'acte respiratoire.

Il est exceptionnel de se trouver en présence d'une tumeur du petit épiploon ; dans ces cas le diagnostic est presque impossible, étant donné les rapports avec le foie et la vésicule qu'elle peut même englober entièrement.

Les fibromes, les sarcomes sous-péritonéaux, les lipomes, les kystes hydatiques de la paroi abdominale siégeant au niveau de l'hypocondre droit ne doivent pas être confondus avec les tumeurs de la vésicule ; on se basera, pour les différencier, sur leur mobilité pendant le relâchement des muscles de la paroi abdominale et sur leur fixité pendant la contraction de ces muscles. L'état géné-

ral du sujet, joint à l'existence d'accidents biliaires, permettra de diagnostiquer une tumeur de la vésicule adhérente à la paroi.

Quand, par élimination successive des affections pouvant simuler un cancer de la vésicule biliaire, on est arrivé à poser le diagnostic de tumeur de la vésicule, il faut alors nécessairement déterminer la nature de cette tumeur. La consistance généralement solide d'une tumeur néoplasique vésiculaire ne permet guère l'hésitation qu'avec une tumeur calculeuse, due à l'existence de concrétions lithiasiques développées dans une vésicule sclérosée.

Mais, dans une tumeur calculeuse, on trouve celle-ci très nette, circonscrite, bien délimitée, de consistance dure, et J.-L. Petit insiste sur ce fait qu'elle présente de nombreuses bosselures donnant à la palpation la sensation de noisettes contenues dans un sac, sensation qui serait produite par le frottement des calculs les uns contre les autres.

La consistance du cancer de la vésicule, au contraire, est très irrégulière ; à côté de points ramollis, la tumeur présente des points d'une dureté particulière ; la douleur à la pression est très vive ; de plus et surtout, les signes de cachexie s'installent très rapidement.

Mais dans certains cas l'existence de ces caractères distinctifs est absolument insuffisante, et nombreux sont ceux où une laparotomie faite pour cholélithiasie permettait de découvrir dans une vésicule calculeuse des noyaux de néoplasie en voie de développement.

Les meilleurs signes qui facilitent le diagnostic sont certainement l'évolution rapide de la tumeur vésiculaire, la cachexie concomitante, l'âge avancé du sujet et l'existence d'accidents antérieurs de cholélithiasie, tous symptômes rationnels d'un processus néoplasique.

## VI

### TRAITEMENT

Terrier et Auvray ont prétendu qu'il n'existe pas de traitement médical du cancer primitif de la vésicule biliaire.

Il est évident que ce ne peut être qu'un traitement palliatif qui aura pour but de soulager la douleur et de reculer l'apparition des phénomènes de l'insuffisance hépatique. Encore faudra-t-il, dans l'administration des médicaments, ne pas oublier que le foie se trouve dans un état d'infériorité permettant de faciles intoxications médicamenteuses.

Dans les débuts, on luttera contre la douleur à l'aide de la morphine, de l'opium et du chloral. Les enveloppements chauds, humides sur la région hépatique, les grands bains tièdes concourront au même but. On pourra aussi, pour obtenir ce résultat, faire usage de vésicatoires volants ou de cataplasmes laudanisés.

Pour diminuer les phénomènes dyspeptiques, il sera bon d'employer les amers, la pepsine, la pancréatine. Le

lait et la glace réduiront la formation des toxines que le foie n'élimine plus que incomplètement.

Mais quels que soient les moyens thérapeutiques employés pour amener une diminution des troubles fonctionnels du malade, l'action du médecin est excessivement réduite. A l'aide d'un diagnostic précoce, rien ne contre-indiquant une intervention, on tentera le traitement chirurgical, le seul qui puisse donner quelques résultats appréciables.

Quant au mode de l'intervention qui doit être tentée, Terrier et Auvray le divisent en intervention palliative et en intervention curative. Tout à fait exceptionnellement, en effet, chez des sujets déjà cachectiques, et pour éviter un choc opératoire trop considérable, ces auteurs pensent que des troubles fonctionnels considérables indiquant une opération palliative, il faut avoir recours à la cholécystostomie, surtout indiquée dans l'existence d'accidents ictériques prononcés. Dans certains cas, en effet, l'imperméabilité concomitante du cholédoque déterminée par la tumeur vésiculaire elle-même devient une indication à l'abouchement de la vésicule à la paroi et une contre-indication à la cholécystectomie. Dans certains cas même, comme le rapporte Czerny, l'évolution vers la paroi abdominale d'un phlegmon à point de départ vésiculaire crée une indication à la fistulisation de la vésicule ; alors une simple cholécystotomie est suffisante.

Nous pensons toutefois qu'en dehors de ces cas, soit que l'état cachectique du malade soit que certaines conditions fassent appel à une opération palliative, il est préférable de tenter une opération curative dont les suites peuvent dans beaucoup de cas, comme cela a été observé, donner une survie conséquente au malade qui se trouverait sans elle immédiatement condamné.

Dans un cas cité par Czerny, cet auteur rapporte qu'il aurait pratiqué la cholécystectomie partielle. Mais cette opération nous semble d'une bien médiocre valeur; elle est incomplète, et, dans tous les cas de néoplasie, on doit toujours dépasser le plus possible les limites du mal, sous peine d'observer rapidement une récurrence de l'affection.

Dès que le diagnostic de cancer de la vésicule biliaire a été porté d'une façon sûre, il faut sans tarder pratiquer la cholécystectomie totale, qui est ici la seule opération de choix.

Toutefois la généralisation des lésions, l'étendue des désordres locaux, l'oblitération du cholédoque qui exposerait à l'apparition des plus sérieuses complications sont des contre-indications très nettes à la cholécystectomie.

Depuis que la hardiesse des chirurgiens a fait rentrer la résection du foie dans le domaine de la chirurgie courante, les limites de l'intervention ont été reculées. On enlève aujourd'hui facilement des portions de parenchyme hépatique attenantes à la vésicule néoplasique; n'a-t-on pas vu des cas où Mayo Robson et Ullman ont fait la résection de la totalité de la glande hépatique?

Dès lors, l'opération de choix du cancer de la vésicule biliaire est sans contredit, si des contre-indications ne viennent pas la défendre, la cholécystectomie totale avec ou sans résection du foie, suivant que ce dernier organe a été atteint par le processus néoplasique ou qu'il a été respecté.

Comme dans tout cancer, l'envahissement des ganglions voisins existe à une époque plus ou moins avancée de la maladie; l'opération, pour être aussi radicale que possible, doit donc être accompagnée de l'extirpation des ganglions si ceux-ci sont envahis. Toutefois, comme le fait remar-

quer Quénu, l'énucléation des masses ganglionnaires est particulièrement périlleuse, car les ganglions affectent des rapports absolument intimes avec les gros canaux vasculaires et biliaires du hile du foie et de l'épiploon gastro-hépatique.

Après avoir soigneusement étudié les divers modes de l'intervention pratiquée pour tumeur maligne de la vésicule biliaire, Terrier et Auvray dressent une statistique des observations qu'ils ont pu recueillir et en discutent les résultats.

Sur les 52 observations qu'ils ont relevées, ces auteurs constatent que 16 fois l'opération palliative a été pratiquée, tandis qu'il a été fait 34 opérations radicales pour cancer de la vésicule.

Une mortalité opératoire de 35 %, une récurrence fatale rapide, tel est le bilan qu'ils attribuent à la cholécystectomie simple, contre une mortalité de 11 % dans la cholécystectomie avec résection du foie; ce qui donne une mortalité moyenne de 23 %.

Encore si les risques immédiats étaient compensés par les chances d'une survie de quelque importance, il n'y aurait rien à dire; mais dans la statistique de Terrier et Auvray (1), en retranchant les 8 morts des 34 cas, et encore 9 cas où les résultats éloignés ne sont pas mentionnés, nous obtenons 17 guérisons opératoires avec résultats éloignés mentionnés. Or sur ces 17 cas :

5 fois la récurrence et la mort sont survenues

en moins de..... 2 mois et demi

3 fois, au bout de ..... 3 mois

---

(1) Terrier et Auvray. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| 4 fois, au bout de ..... | 6 mois |
| 2 fois, — .....          | 7 —    |
| 1 fois, — .....          | 8 —    |

En présence de ces résultats, il est bien permis de constater avec Terrier et Auvray que les résultats éloignés des opérations radicales sont détestables.

L'observation que Michaux a apportée à la tribune de la Société de chirurgie en 1907 a permis à Quénu, en rapportant une observation personnelle, d'envisager à nouveau cette question si intéressante des suites de l'intervention tentée pour cancer de la vésicule. Quénu, après avoir fait allusion à la statistique de Terrier et Auvray, a soigneusement recherché si les observations postérieures à cette statistique, qui est de 1901, étaient ou non confirmatives du mauvais pronostic opératoire des tumeurs de la vésicule.

Cet auteur a réuni avec le plus grand soin bon nombre d'observations et a donné dans l'étude de cette question une documentation si précise, que nous ne pouvons mieux faire que de rapporter presque exclusivement sa communication à la Société de chirurgie dans la séance de 19 février 1908.

Etudiant d'abord les cas des chirurgiens français qui depuis 1901 ont fourni des observations d'opération de cancer de la vésicule, Quénu cite les cas suivants :

Michaux : opération le 15 juin, récidence fin novembre ; moins de cinq mois après l'opération.

Faure : opération le 3 octobre 1907, mort le 10 janvier, soit trois mois de survie.

Quant aux observations signalées par Mayo Robson et qui sont au nombre de 4, il en est une dans laquelle les suites éloignées ne sont pas mentionnées et où d'ailleurs tout examen histologique fait défaut.

Dans une deuxième observation, le chirurgien a pratiqué une cholécystectomie avec hépatectomie; mort quatre mois après.

Dans une troisième observation, l'hépatectomie a été encore ajoutée à la cholécystectomie: opération en 1903; pas de suites éloignées, l'édition de Mayo Robson étant d'ailleurs de 1904.

Dans une quatrième observation enfin, la masse néoplasique occupait la vésicule biliaire, le foie et le pylore, et avait envahi la gaine du muscle droit. On pratiqua une excision du muscle droit, une cholécystectomie, une hépatectomie partielle et une pylorectomie. Deux ans après, le malade allait bien; mais Quénu pense qu'à cause de la sobriété des détails de cette observation, et devant une survie si considérable du malade, un examen microscopique plus détaillé et plus minutieux de la tumeur s'imposait pour porter un diagnostic certain de cancer de la vésicule.

Moynihan (*Brit. Med.*) a publié le 8 novembre 1902 le récit d'une opération dans laquelle il réséqua la vésicule cancéreuse et le cystique à sa jonction avec l'hépatique. Pas de suites éloignées.

Johnson (*Ann. of Surgery*, 1903) pratique l'extirpation de toute une masse dans laquelle était englobée la vésicule biliaire; à l'examen, épaissement considérable des parois: tumeur maligne; petits calculs. Guérison opératoire. Toutefois dans ce cas l'examen anatomique paraît insuffisant.

Garland Sherill (*Ann. of Surgery*, 1906) publie deux observations de cancers de la vésicule opérés par résection; dans un de ces cas la mort survint par choc opératoire; dans l'autre la guérison opératoire fut constatée après cholécystectomie avec hépatectomie.

Körte a pratiqué huit fois la cholécystectomie pour cancer de la vésicule biliaire.

Dans six de ces cas, il a observé une survie de quelques semaines, d'un mois, de deux mois, de trois mois et d'un an ; dans un septième, il n'y avait pas de récurrence après vingt-six mois ; enfin dans le huitième, quatre ans et demi s'étaient écoulés sans trace de néoplasie récidivante.

Dans tous ces cas, Körte avait pratiqué la cholécystectomie de la vésicule.

Dans une observation de Worner (XXXI<sup>e</sup> Congrès, Berlin, avril 1902), on porte le diagnostic d'empyème de la vésicule, on enlève de la peau qui est infiltrée et la vésicule avec très peu de parenchyme hépatique. Il s'agissait d'un adéno-carcinome. Trois ans après l'opération, le malade se portait bien.

Quénu cite encore trois cas de Friedheim (*Beiträge für klin. Chir.*).

Dans un premier, on extirpe la vésicule sans tissu hépatique, la vésicule renfermait des papillomes dégénérés en cancer, ceci en 1898.

Deux ans après, la malade est opérée pour un néoplasme du sein. Deux ans après, soit quatre ans après l'opération hépatique, récurrence dans le creux de l'aisselle.

Mort à la fin de 1902, soit quatre ans de survie.

Deuxième cas. — Lithiasique présentant de l'ictère. Le 20 mars 1901, extirpation de la vésicule ; diagnostic anatomo-pathologique : adéno-carcinome de la vésicule biliaire. Malade revue trois ans après, en excellent état de santé.

Troisième cas. — Extirpation de la vésicule et hépatectomie ; la malade, quoique présentant des métastases dans le foie, vivait encore un an après l'opération. Lyangren cite l'observation d'une vieille lithiasique chez qui,

consécutivement à des accidents de cholécystite, on extirpe la vésicule avec un peu de tissu hépatique qui renfermait un noyau carcinomateux de la grosseur d'une noix.

Huit mois après l'intervention, aucune trace de récurrence n'était encore apparue.

En résumé, depuis la statistique de Terrier et Auvray, Quénu a recueilli et soigneusement étudié vingt-trois observations de cholécystectomies pour tumeurs néoplasiques de la vésicule biliaire.

Sur ces vingt-trois cas, une seule fois le choc opératoire a emporté le malade. Et pourtant, parmi ces vingt-trois interventions, quelques-unes ont nécessité l'extirpation de la zone hépatique contiguë ; chez certaines même plus compliquées, l'ectomie du foie et de la vésicule n'a pas été suffisante ; on a ajouté encore, soit une pylorectomie, soit une gastro-entérostomie postérieure.

Elle contraste donc bien singulièrement cette nouvelle statistique de Quénu qui donne une mortalité de moins de 4,5 p. 100, avec la désespérante et presque décourageante statistique de Terrier et Auvray qui apporte vingt-trois décès sur une moyenne de 100 opérations.

Il est aussi intéressant, après avoir constaté les incontestables progrès réalisés quant aux suites immédiates de l'intervention pour cancer de la vésicule, d'étudier comment se comportent les opérés dans des suites plus ou moins éloignées.

Toujours d'après Quénu, voici les résultats que donne l'analyse des vingt-trois cas rapportés par cet auteur : En retranchant un cas mortel et cinq dans lesquels les suites éloignées ne sont pas indiquées, il reste à considérer dix-sept cas :

|                                             |                     |
|---------------------------------------------|---------------------|
| Dans le cas de Michaux, survie de .....     | 5 mois              |
| — de Faure, survie de .....                 | 3 —                 |
| Dans un cas de Mayo Robson, survie de ..... | 4 —                 |
|                                             | { quelques semaines |
|                                             | { un mois           |
| Dans les six cas de Körte .....             | { un mois           |
|                                             | { deux mois         |
|                                             | { trois mois        |
|                                             | { un an             |
| Dans un cas de Friedheim .....              | 'un an (1)          |

Mais ils sont plus intéressants encore les cas rapportés par Quénu, et où de longs mois et même des années après on ne trouve pas de trace d'une récidive de la néoplasie.

Deux ans et deux mois dans un cas de Körte ; trois ans après dans un cas de Wörner les malades, chez qui on avait pratiqué un cholécystectomie pour cancer de la vésicule biliaire, étaient en bon état de santé. Près de cinq ans après même, dans une observation rapportée par Körte, il n'était pas permis d'observer la plus petite trace de tumeur néoplasique récidivante. Mayo Robson, Friedheim signalent aussi deux cas où après deux et trois ans aucune récidive n'avait encore apparu.

Nous constaterons donc avec Quénu que dans plusieurs cas la survie a été d'une réelle importance ; que dans quelques-uns même la tumeur néoplasique n'avait pas encore récidivé plusieurs années après l'opération.

Hochenegg, Wörner, Friedheim ont cru que, dans les cas où l'on constate les suites les plus favorables, la

---

(1) Quénu. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 19 février 1908.

tumeur extirpée répondait à certaines formes déterminées de néoplasmes. Il semblerait, en effet, d'après l'examen des faits rapportés par ces auteurs, que les formes papillaires du cancer de la vésicule présenteraient une malignité moindre, ce qui viendrait corroborer, semble-t-il, ce que l'on sait sur les épithéliomes végétants en général.

Nous avons cru devoir nous appesantir assez longuement sur les indications et les divers modes d'intervention praticables pour épithéliome primitif de la vésicule biliaire et sur l'étude analytique des observations relatives à cette affection. Il est évident, en effet, que, à l'aide d'un diagnostic précoce, une intervention rationnelle apporte de grandes garanties pour les suites plus ou moins éloignées.

De l'étude analytique faite par Quénu, on peut tirer une conclusion, c'est que, malgré les résultats encore relativement mauvais des interventions pratiquées pour cancer de la vésicule biliaire, malgré le mauvais pronostic opératoire indiqué par les statistiques de Terrier et Auvray, rendu moins sombre par la statistique plus récente de Quénu, « on n'est cependant pas autorisé à se laisser aller au découragement et à rejeter les tentatives de cure radicale pratiquées pour l'extirpation de tumeurs cancéreuses de la vésicule biliaire. »

L'avenir pronostique de cette affection paraît moins sombre ; peut-être un jour les progrès incessants d'une chirurgie devenue de jour en jour plus hardie permettront-ils d'apporter de nouvelles statistiques plus encourageantes encore.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION II

(Thèse de Bertrand)

Une femme de 68 ans, se plaint depuis six semaines, de troubles dyspeptiques avec douleurs mal délimitées du côté du rachis. A son entrée à l'hôpital, on constate un ictère très prononcé avec décoloration des fèces et pigment biliaire dans l'urine.

Le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes.

L'ictère s'accroît et la malade meurt quatre mois après avec des symptômes d'insuffisance hépatique.

L'autopsie montre un foie augmenté de volume avec quelques masses de coloration jaune, rougeâtre ou verdâtre sur la coupe dans sa profondeur.

La vésicule a une paroi de 3 à 4 millimètres en certains points ; elle contient plusieurs calculs.

L'examen histologique laisse voir dans les couches moyennes de la paroi des alvéoles pleines de cellules épithéliales.

Le pancréas n'est pas altéré.

## OBSERVATION III

Clinique de Rendu. — Résumé

Femme de 50 ans, entre à l'hôpital pour une jaunisse datant de six jours, survenue graduellement (1). Elle présente, à son entrée, des symptômes d'ictère par obstruction avec coloration jaune citron des téguments et des muqueuses, urines contenant des pigments biliaires, garde-robes décolorées. Le foie est augmenté de volume et déborde d'un travers de doigt.

La marche de l'affection est très rapide. La cachexie s'installe progressivement (un mois après son entrée à l'hôpital, on constate

---

1) Elle a eu des crises douloureuses simulant la colique hépatique atténuée à trois reprises différentes.

une tuméfaction de la vésicule avec résistance assez nette). La malade meurt dans le collapsus, après un mois et quelques jours de séjour à l'hôpital.

À l'autopsie, la muqueuse de la région du col est transformée en un tissu lardacé, squirreux. Le foie présente des noyaux d'infiltration secondaire ; l'un d'eux, du volume du poing, est contigu à la vésicule. Les ganglions rétrohépatiques forment une masse volumineuse. Le pancréas est dégénéré.

## OBSERVATION VI

Un homme de 55 ans se plaignait depuis 4 mois 1/2 de douleurs à la région épigastrique, sans troubles dyspeptiques bien marqués. L'ictère est survenu deux mois plus tard avec décoloration des fèces et sensation de gêne dans la région hépatique.

À son entrée à l'hôpital, la coloration fortement ictérique de tous les tissus frappe à première vue. La palpation révèle une induration entièrement résistante, qui semble avoir pour siège le bord inférieur du foie.

La cachexie s'installe avec diarrhée et œdème des deux membres inférieurs, qui ne tarde pas à se propager au scrotum, et le malade meurt dans le collapsus un mois après son entrée.

À l'autopsie on ne reconnaît plus à l'œil nu la vésicule ; une sonde cannelée introduite dans les canaux biliaires conduit dans une cavité de 4 centimètres environ entourée par un tissu dur, blanchâtre, qui contient 12 calculs biliaires. Le bord présente au niveau de la vésicule une induration du volume d'un œuf qui adhère au côlon transverse. L'examen histologique des parois constituant la poche qui fut la vésicule montre que ce tissu est formé de nombreuses alvéoles de tissu fibreux.

## OBSERVATION V

(Thèse Morin. — Résumé)

Un homme de 60 ans, qui a toujours joui d'une santé excellente, se plaint seulement de troubles dyspeptiques remontant à 5 mois environ. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, est survenu de l'ictère assez marqué.

A son entrée on constate que le foie déborde les fausses côtes de six travers de doigt, sa surface est lisse, régulière, indurée.

La cachexie s'installe très rapidement avec perte absolue des forces et hypothermie ; le malade meurt dans le collapsus dix jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, le foie pèse 2 kil. 550 ; la vésicule revenue sur elle-même contient un liquide purulent épais. Le néoplasme a envahi une grande partie des parois vésiculaires et le foie est pris dans une grande étendue ; tout le lobe carré est dégénéré. Ce cancer diffuse en nappes formant des îlots nodulaires. Les ganglions du hile sont hypertrophiés et durs.

## OBSERVATION VI

(Leroux, *Bull. Soc. anat.*, 1879)

Femme de 60 ans, chez laquelle on ne relève aucun antécédent de jaunisse ni de coliques hépatiques, se plaint depuis trois mois de douleurs au niveau de l'hypocondre droit, qui s'étendent à tout l'abdomen ; il y a trois semaines, l'ictère s'est montré en même temps que les jambes se sont œdématiées.

A l'examen, on trouve un certain degré de météorisme et un léger épanchement dans la cavité péritonéale, le foie ne peut être exploré en raison de la distension abdominale.

Huit jours plus tard, une ponction qui donne issue à trois litres et demi de liquide plus ou moins trouble, laisse voir que le foie déborde les côtes de trois travers de doigt et que sa surface est inégale sans qu'il y ait pourtant de mamelons bien délimités.

La malade meurt dix-huit jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve que la vésicule biliaire est remplacée par une poche de la grosseur d'un œuf de dinde, qui contient 2 à 300 grammes de pus ; les parois sont épaisses, avec un aspect squirrheux.

Une zone hépatique de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, en contact avec la vésicule, a subi la dégénérescence néoplasique ; à peu de distance se trouvent quatre petits noyaux cancéreux isolés de cette masse.

## OBSERVATION VII

(Clinique Rendu, à l'hôpital Necker, 6 juin 1901)

Femme de 50 ans, qui vient à l'hôpital présentant un ictère considérable ; on observe une couleur jaune-verdâtre très foncée de la peau et des muqueuses ; les urines sont aussi très foncées, d'un vert bouteille, elles présentent la réaction de Gmelin. Il y a décoloration des matières fécales, qui sont argileuses, fétides, nettement graisseuses.

En somme, on a sous les yeux le syndrome de l'ictère par rétention. Des phénomènes d'intoxication résultent de cet état ; la bouche est amère, la soif vive, il y a de l'anorexie ; l'état général est affaibli, la malade très déprimée.

Il n'y a pas de fièvre, la température est plutôt assez basse, depuis le début des accidents elle n'a pas dépassé 36°7 ; le pouls est un peu ralenti.

L'interrogatoire de la malade apprend que le début de l'affection semble remonter à un an environ : depuis cette époque, elle se plaint de loin en loin de crises très douloureuses à la région épigastrique. Ces crises n'étaient accompagnées ni de vomissements ni d'ictère ; elles durèrent environ deux ou trois heures et n'étaient suivies d'aucun trouble ictérique, décoloration des matières, ou teinte accentuée de l'urine. Bien que les symptômes fussent très incomplets, ces accidents furent attribués à des coliques hépatiques.

Il y a six mois, à la suite d'une crise plus forte, elle a eu un zona abdominal qui a laissé des taches blanches sur la fosse iliaque et le flanc droit ; trois mois après, en février 1901, survint une nouvelle crise très violente ayant les caractères d'une colique hépatique, mais compliquée de congestion pulmonaire. Peu après, les douleurs deviennent incessantes ; elles s'exacerbent jusqu'à devenir intolérables, avec irradiation vers la région lombaire et crises dyspnéiques très pénibles (1). Vers la même époque, la décoloration des matières s'installe de façon permanente, en même

---

(1) Elles remontent, en effet, vers le dos, le thorax, déterminant une sensation de constriction. Pour la soulager, la malade s'assied et s'incline en avant.

temps que l'ictère persiste avec tendance à s'accroître depuis le 1<sup>er</sup> avril.

A la palpation, on trouve un foie volumineux qui a du reste augmenté depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. A cette époque il ne débordait le rebord des fausses côtes que de deux travers de doigt, et aujourd'hui il le déborde de cinq travers de doigt.

Cette tumeur est d'ailleurs indolente, sauf dans une région très limitée qui répond à la position de la vésicule biliaire. L'examen général de la malade révèle encore un souffle systolique de la pointe qui est plus intense à la région xyphoïdienne, et un double souffle aortique à la base.

Elle a également de l'œdème des jambes.

On ne retrouve chez la malade aucune tare héréditaire ni alcoolique.

M. Rendu, en présence de ces faits, pose le diagnostic probable de cancer de la vésicule biliaire avec pronostic évidemment grave à courte échéance.

### OBSERVATION VIII

(Krauss. — *Prim. Gallenblasen Krebs*, in *Deutsche Archiv. Klin. Med.*, 1883)

Femme de 48 ans. Durée 5 mois. Anémie générale et cachexie ; œdème des extrémités inférieures et supérieures, pas d'ictère. Carcinome primitif de la vésicule qui avait envahi le pylore et le duodénum. Large cavité cancéreuse entre l'estomac, le duodénum et la vésicule ; le lobe gauche du foie était adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen et le grand épiploon était retourné et adhérent. Foie farci de nodules cancéreux du volume d'une pomme, l'un d'eux ayant envahi le diaphragme ; nodules dans le côlon ascendant qui était adhérent au foie, dilatation considérable de l'estomac, péritonite enkystée entre le côlon transverse abaissé, l'estomac et la paroi latérale de l'abdomen, communiquant avec la cavité carcinomateuse.

### OBSERVATION IX

(Riefel. — *Gallenstein Krenkeit, mit und ohne Icterus*, 1892)

Malade ayant éprouvé une pesanteur douloureuse dans la région de l'estomac depuis des mois. Six semaines avant l'opération elle

lomba, reçut un choc sur les fausses côtes droites et depuis souffrit de cette région. Pas d'ictère, troubles digestifs, puis cachexie et mort.

Carcinome de la vésicule.

### OBSERVATION X

(Obs. de P. Michaux. — Société de chirurgie, 1897.)

Femme de 49 ans, entrée pour une tumeur bosselée du volume d'une tête d'adulte, occupant tout l'abdomen et descendant jusqu'au pubis et l'aîne.

Etat général mauvais, amaigrissement considérable, la paroi abdominale présente de nombreux nævi, comme cela s'observe fréquemment dans les cas de tumeurs malignes.

A l'inspection, abdomen augmenté de volume dans son ensemble, pointant en avant, çà et là des bosselures très nettes.

Palpation : tout l'abdomen — à l'exception des portions les plus externes de l'hypocondre et du flanc gauche — est rempli par une tumeur du volume d'une tête d'adulte, dure, résistante, peu mobile dans son ensemble, remontant jusqu'à l'épigastre et à l'hypocondre droit, descendant dans les fosses iliaques.

Cette masse est irrégulière, multilobulée, bosselée ; elle descend jusqu'au petit bassin ; on la sent bien, principalement du côté droit, par le toucher vaginal. La masse en question est en contact avec l'utérus sans se confondre avec lui.

A la percussion, matité à convexité supérieure paraissant se confondre avec la matité hépatique.

La malade s'est aperçue de cette tumeur il y a environ huit mois. Depuis cette époque elle s'est développée régulièrement sans grandes douleurs, sans troubles digestifs et urinaires appréciables, avec un amaigrissement graduel et un aspect cachectique impressionnant.

Les antécédents ne présentent rien qui mérite d'être signalé. La ménopause est survenue il y a trois ans sans troubles sérieux. Il n'y a jamais eu d'ictère.

En présence de tous ces caractères, de cet amaigrissement, je porte le diagnostic d'épithélioma végétant de l'ovaire droit, et je décide de tenter l'ablation.

Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine incisé, on arrive sur une énorme tumeur maligne irrégulière, bosselée, adhérente au grand épiploon dont les veines très dilatées se dessinent, énormes, confondues avec les bosselures de la tumeur.

L'exploration nous la montre adhérente au côlon descendant, aux anses grêles, au côlon transverse, à la grande courbure de l'estomac, au foie. Intégrité des organes génitaux.

En agrandissant en haut l'incision primitive, nous nous rendons compte que la tumeur adhère à la partie moyenne du bord antérieur du foie, qui présente à ce niveau l'aspect et la consistance des cancers du foie.

La libération de la tumeur s'opère en somme sans grandes difficultés, sauf au niveau de la grande courbure de l'estomac.

La tumeur ne tient plus qu'au foie au niveau de son bord antérieur; comme l'invasion du parenchyme n'est pas trop considérable, je décide de réséquer la portion envahie.

Cette résection enlève un triangle de substance hépatique, haut de 7 à 8 centimètres, large de 5 à 6 centimètres au niveau de sa base périphérique.

L'hémorragie, peu abondante, est tamponnée.

La tumeur ne tient plus alors que par un pédicule volumineux, se dirigeant en arrière et à droite à la face inférieure du foie. Ce pédicule, à parois épaisses, présente la forme et l'aspect d'un volumineux canal cystique du volume d'un pouce.

Ce pédicule est sectionné au thermo, et nous constatons qu'il est formé par la vésicule biliaire, allongée, épaissie et dilatée.

Nous nous débarrassons de la tumeur et procédons à l'hémostase. Le pédicule est lié, le foie suturé au catgut n° 5.

Nous refermons la paroi en un seul plan pour abréger l'opération.

La malade quitte l'hôpital au bout de quatre semaines, dans un état aussi satisfaisant que possible.

Cet état s'est maintenu pendant les premiers mois, puis la malade à recommencé à maigrir et présente les signes d'une récidive non opérable.

Il est à craindre que la malade ne dépasse pas les huit mois, qui représente le maximum de survie assigné par Terrier et Auvray.

*Examen histologique de la tumeur.* — Sur la plus grande partie

de la coupe, on constate l'existence d'un épithélioma alvéolaire typique, à cellules cylindriques. Au milieu d'un stroma conjonctif assez lâche, on trouve des amas de cellules irrégulières et irrégulièrement disposées, mais où l'on peut cependant retrouver par places des ébauches de cordons épithéliaux.

Parmi ces cellules, les unes sont en voie de karyokinèse active avec noyaux volumineux et très colorés, d'autres sont en voie de dégénérescence plus ou moins avancée. Certains alvéoles sont remplis de cellules complètement dégénérées. Dans les mailles du stroma lui-même, on retrouve quelques cellules épithéliales aberrantes et un assez grand nombre de cellules rondes.

Au voisinage de la muqueuse vésiculaire et des végétations vil-  
leuses qu'elle présente, on trouve dans la profondeur des boyaux et des tubes de cellules cylindriques.

Quelques-unes de ces cellules semblent presque normales, mais la plupart sont irrégulières, disposées en plusieurs assises, qui forment de véritables bourgeons intérieurs obstruant presque, en certains points, la lumière du tube épithélial.

Il semble donc que nous soyons ici en présence du point de départ de ce volumineux épithélioma dans les couches profondes de la muqueuse vésiculaire, et nous croyons, d'après nos pièces, qu'il s'agit bien là d'un épithélioma primitif de la vésicule biliaire, à type alvéolaire et à cellules cylindriques.

---

## CONCLUSIONS

- I. — La plupart des variétés de cancer développé primitivement dans la vésicule biliaire sont des néoplasies épithéliales.
- II. — L'épithélioma se développe tantôt aux dépens de l'épithélium de revêtement, tantôt aux dépens de l'épithélium glandulaire de la vésicule biliaire.
- III. — Cette différence originelle amène des variétés anatomo-pathologiques et cliniques correspondantes, donnant deux formes de néoplasie vésiculaire : le cancer à forme hépatique et le cancer à forme biliaire.
- IV. — Dans un grand nombre de cas, le cancer de la vésicule s'accompagne de lithiase biliaire.
- V. — Des différentes interventions pratiquées pour cancer de la vésicule, celle qui donne les meilleurs résultats est la colécystectomie totale avec ou sans résection de tissu hépatique, suivant que l'envahissement néoplasique s'est ou non propagé à la glande hépatique environnante. Cette dernière intervention n'est guère possible que si le foie n'est envahi que dans la partie avoisinant la vésicule.
- VI. — Les statistiques récentes encouragent la lutte contre l'affection néoplasique de la vésicule biliaire, et permettent d'espérer des résultats plus appréciables encore.

## BIBLIOGRAPHIE

- ADLER. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin; 13 juillet 1891  
(Compte rendu *in* Deutsch med. Zeitung, 1891, n° 60).
- ANTONA (D') — Riforma medica, 1888.
- ARNES. — John Hopking's Hosp. Bulletin, vol. V.
- BARTH et BESNIER. — Dict. encycl. des sciences méd.
- BERTRAND. — Cancer de la vésicule biliaire (Th. Paris, 1870).
- BONAMY. — Cancer de la vésicule biliaire (Th. Paris, 1901).
- BOURGES. — Manuel de médecine.
- BRUNELLE. — Bulletin du Nord (Lille, 1893, XXXII).
- CHARCOT. — Maladies des vieillards.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.
- CRUVEILHIER. — Anat. path., t. II.
- CZERNY. — 1° In Heddæus (Clin. chirurgic. de Czerny). — Contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs des conduits biliaires (Beiträge zur klin. Chir., 1894);  
2° In Petersen (Clin. chir. Czerny). (Beiträge zur klin. Chir., 1899).
- DELAGENIÈRE. — De la cholécystentérostomie (Th. Paris, 1870).
- DENUCÉ. — Th. agrég. Paris, 1886.
- DESSAIGNES. — Thèse Lyon, 1900.
- DUPRÉ. — Des infections biliaires (Etude bactériologique et clinique. Th. Paris, 1890).
- DURAND-FARDEL. — Soc. anat., 1838.  
— Cancer de la vésicule biliaire et du canal cholédoque (Arch. gén. de médecine, 1840, 2<sup>e</sup> vol.).
- DURET. — Comptes rendus du Congrès français de chirurgie. Paris, 1898.
- FENGER et ARNES. — Journal of the medical sciences; mars 1896.
- FRANK (Paul). — Liverpool medical Institution, 1899.
- FRERICHS. — Traité pratique des maladies du foie (Trad. française, 3<sup>e</sup> édition, 1877).
- FUTTERER. — Médecine Detroit, mars 1897.

- GRAHAM. — Canadian Practitioner. Toronto, 1895.
- HANOT et GILBERT. — Etudes sur les maladies du foie, 1888.
- HAUTEVILLE. — Tumeurs fournies par la vésicule biliaire (Th. Paris, 1873).
- HEIDENHAIN. — XVII<sup>e</sup> Congrès de la Société allemande de chirurgie. Berlin, 1898.
- HOCHENEGG. — Wiener klin. Wochenschrift, 1897.
- JACCOUD. — Clin. méd. Pitié, 1884-1885.
- KEHR, EILERS, LUCKE. — Archiv. f. klin. Chir. Berlin, 1899.
- KOHN. — Dissert. inaug. Breslau, 1879.
- KRAUSE. — XXVII<sup>e</sup> Congrès de la Société allem. chir. Berlin, 1898.
- LANCEREUX. — Traité d'anatomie pathologique, t. I.
- LAUENSTEIN. — Zur chirurg. der Gallenwege (Zeitschr. z. Feier. Fv. von Esmarch. Kiel, 1893).
- MARKHAM. — Transactions of pathological Society, 1857, VIII.
- MAYO ROBSON. — Congrès d'Edimbourg, 1898.
- MICHAUX. — Bulletin Société chirurgie, 1907 et 1908.
- MORIN. — Th. Paris, 1891.
- MOXON. — Villous cancer of Gallbladder (Carlstadt Jahresbericht, 1861).
- MURKISON. — Maladies du foie (Traduction du docteur Cyr).
- MUSCHOLD. — Dissert. inaugurale. Berlin, 1876.
- ORTH. — Spec. Path. anat., vol. III.
- QUÉNU. — Bulletin Société chirurgie, 1908.
- QUETSCH. — Ueber prim. Gallenblasenkrebs (Berlin. klin. Woch., 1885).
- RENDU. — Leçons de clinique médicale, 1890.
- Cancer du foie (Dict. encyclopédique des sciences médicales).
- RICARD (L.-E.). — Concrétions calcaires et phosphatiques de la vésicule biliaire (Th. Paris, 1884).
- ROUFFART. — Cancer primitif de la vésicule biliaire (Presse médicale belge, XLV, 1893).
- SCHREIBER. — Berlin. klin. Wochenschr., 1877.
- SIEGERT. — Zur pathologie des primären Carcinom der Gallenblase (Virchow's Archiv.).
- SCHUPPEL (V.). — Ziemssen, vol. VIII (Krankheit der Gallenwege).
- STILLER. — Semaine médicale, 1886, p. 302.

TERRIER. — Revue de chirurgie. Paris, 1895, XIII.

— Congr. fr. de chir. Paris, 1892, VI.

— Chirurgie du foie, 1901.

TERRILLON. — Cholécytostomie et cholécystectomie (Congr. fr. de chirurgie. Paris, 1892).

TOPINARD. — Soc. anat., 1856.

ULMANN. — De la résection du foie (Revue de gynécologie. Paris, 1898).

URARKHAUS. — Prim. Krebs d. Gallenblase (Path. Trans., vol. VIII).

VILLARD. — Mouvement médical, 1870.

WATSON. — Chirurgie abdominale (Boston med. and surgery, 1896).

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 17 juillet 1908.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 17 juillet 1908.

Le Doyen,

MAIRET.



## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---





